Alta Hospitalar e Reinternação de Bebê Prematuro: uma Reflexão sobre o Acesso aos Serviços de Saúde

Manola Vidal

Pós-Doutora em Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestre e Doutora em Saúde da Criança e da Mulher, FIOCRUZ, Instituto Fernandes Figueira, Psicanalista, Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro. Endereço para correspondência: Rua Sacopã, 587, Lagoa – Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22471-180. E-mail: manolavidal@gmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho foi investigar as reações emocionais maternas em relação a alta hospitalar e reinternação de bebê nascido prematuro relacionando-as com o acesso aos serviços de assistência no cenário do Sistema Único de Saúde. O conceito de preocupação materna primária foi utilizado para a compreensão do estado de humor materno no puerpério. Os resultados demonstraram a existência de uma distância compreensiva por parte das prescrições do hospital e as situações concretas vividas pelas mães e seus bebês em ambiente doméstico. A inserção do egresso da Unidade de Tratamento Intensivo em Neonatologia na rede básica de assistência se dá através de uma experiência de protagonismo social distante da preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave:

Sistema Único de Saúde; atenção primária de saúde; depressão, recém-nascido prematuro.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve o objetivo de investigar as reações emocionais maternas face a alta hospitalar e reinternação de recém-nascido prematuro relacionando-as com o acesso aos serviços de assistência no

cenário do Sistema Único de Saúde. É resultado de pesquisa realizada durante o curso de doutoramento em Saúde da Mulher (FIOCRUZ-Instituto Fernandes Figueira) que investigou o significado atribuído por mães de bebês prematuros aos primeiros seis meses de ingresso em ambiente doméstico. Trata-se de um recorte realizado em uma das quatro histórias de vida que aborda as ações de protagonismo social que envolveram a continuidade da recuperação em ambiente doméstico das necessidades especiais de um bebê prematuro.

A definição de nascimento prematuro, segundo a Organização Mundial de Saúde (1980), toma como ponto de partida a idade gestacional estabelecendo que é prematura a criança nascida de uma gestação com tempo inferior a 37 semanas, contadas a partir da última menstruação. O bebê nascido entre 32 e 35 semanas de gestação é considerado como uma criança de risco e o bebê nascido antes de 32 semanas é considerado de alto risco. A definição, segundo os critérios relativos ao peso estabelece como prematura a criança que nasceu antes do final da gestação e com um peso inferior a 2.500 g. O nascimento prematuro traz desafios para a saúde pública (NEGRI, 1994) na medida em que, ao lado dos índices de sobrevivência cada vez maiores desta população, a questão da qualidade de vida após a alta hospitalar ainda é uma realidade pouco conhecida. A qualidade de vida se refere tanto ao estabelecimento do vínculo e apego mãe-filho e família (SCOCHI *et al.*, 2003), em especial da mãe (KAPLAN; MASON, 1960) em relação ao interesse no aprendizado dos cuidados com o bebê, como com a relação entre a assistência esperada e a assistência recebida às sequelas ligadas ao desenvolvimento da criança, adolescente, adulto nascido prematuro (MAGALHÃES *et al.*, 1998).

As reações emocionais maternas após o parto, com a presença concreta do bebê, apresentam uma fenomenologia clínica-psiquiátrica característica na qual a experiência com o afeto da depressão é o transtorno emocional mais comum (CHENIAUX, 1998) podendo persistir muito além da fase imediatamente posterior ao nascimento. Os transtornos emocionais e particularmente aqueles ligados ao humor deprimido neste período são considerados como fatores de risco interativo

presentes na etiologia de intercorrências clínicas ligadas a situações de reinternações, ora na unidade de terapia intensiva (UTI), ora na enfermaria pediátrica (HOSTLER, 1991).

A relação entre prematuridade e o humor materno é frequentemente compreendida através de uma orientação teórica reducionista quando abordada pelo conceito de *bonding* (KLAUS; KENNEL, 1976) que inspirado nos modelos etológicos dos estudos sobre a interação entre animais (TRAUSE; KRAMER, 1983) produziu investigações sobre o determinismo biológico relativo à maternagem. Este conceito apresenta que a organização dos estados afetivos maternos, que se estabelecem nas primeiras horas, nos primeiros dias após o parto, será um esquema relacional internalizado que se reproduz sem modificação no decurso da relação mãe-bebê. Desta forma, a separação mãe-bebê prematuro que ocorre imediatamente após o nascimento pela internação em UTI neonatal apontaria para determinada forma de transtorno do vínculo que se reproduziria sem modificações no decurso da interação (KLOPPER, 1971) através de seus distúrbios.

Outro pressuposto que se aproxima de tal tendência reducionista é o que compara a ansiedade de mães de bebês prematuros com a ansiedade de mães de bebês nascidos a termo (BROOTEN *et al.*, 1989) através da teoria da crise (CAPLAN, 1960; CAPLAN; MASON; KAPLAN, 2000). A partir das definições de crise previsível e crise imprevisível, o estado de humor materno seria compreendido como reação diante de uma crise imprevisível, entretanto, sofreria as mesmas vicissitudes das crises previsíveis (reações emocionais maternas em relação ao nascimento a termo) após a alta hospitalar e adaptação em ambiente doméstico. O humor materno em mães e bebês prematuros e o humor materno em mães de bebês nascidos a termo possuiriam determinadas características próprias durante o período de internação hospitalar que seriam restritas ao mesmo, pois após a alta, e com o ingresso em ambiente doméstico, as mães de bebês prematuros produziriam respostas adaptativas mediante as quais não seriam observadas diferenças nos níveis de ansiedade em relação às mães de bebês nascidos a termo.

Porém, como poderemos observar, a trajetória após a alta hospitalar possui uma complexidade que não permite sua compreensão pela irreversibilidade da ruptura do vínculo mãe-bebê, *bonding,* nem pela diminuição da ansiedade através de respostas adaptativas como proposto pela teoria da crise.

Aproxima-se sim, de referências nas quais o período do parto e do puerpério são tratados como uma nova forma de funcionamento emocional que é única e independente em si mesma (CRAMER; PALACIO ESPASA, 1993), não se tratando porém, de uma organização inata ou universal. A mãe durante a gravidez e puerpério apresentaria uma fenomenologia clínica característica que podemos compreender através do conceito de preocupação materna primária (WINNICOTT, 1978). Este conceito oriundo da teoria psicanalítica desenvolvida por D. W. Winnicott, médico pediatra, psicanalista, diz respeito à capacidade emocional da mãe de se identificar com o estado de dependência absoluta do bebê através de cuidados específicos da mesma. Desta forma, o período da gravidez, parto e o puerpério são como uma nova fase do desenvolvimento emocional materno, muitas vezes de difícil adaptação e que pode trazer um cortejo de expressões psicopatológicas anteriormente inexistentes. No campo de conhecimento, este período possui interface com os estudos sobre depressão materna e parto prematuro. Desta forma, este trabalho trata o humor materno como um fator regulador da capacidade da mãe de se identificar com as necessidades do bebê e de interpretá-las, pois a mãe deprimida será aquela que possui dificuldades com uma determinada forma de preocupação que é inerente à identificação com as necessidades de dependência do bebê.

Teoricamente, a alta hospitalar da UTI neonatal se assenta em uma situação de interdependência entre indicadores da capacidade do sistema extra-hospitalar de absorver o egresso das UTI e as condições da família (DAVIS; LONGSON; BIRKMER, 1996; TRAUSE; KRAMER, 1983) em manter a continuidade da recuperação em domicílio. As exigências relativas às condições clínicas (RADDSIH; MERRITT, 1998) relacionam-se à estabilidade do sistema fisiológico, ausência de doença aguda e, no caso de doença crônica, que o bebê

apresente equilíbrio das funções vitais; manutenção da temperatura corporal em berço comum por 24 horas; alimentação por via oral com ganho de peso progressivo; estar livre de apneia, cessação da respiração por mais de 20 segundos ou episódios de bradicardia, medida de batimentos cardíacos inferiores a 100 batimentos por minuto. As exigências às condições sociais podem ser conhecidas através de produções relativas ao tema educação para a alta hospitalar que se originaram a partir de trabalhos sobre a capacitação dos pais de recém-nascidos prematuros para a continuidade da assistência às necessidades especiais desta população em domicílio. Aproximam-se da problemática sobre as análises dos custos com investimentos em tecnologia, tempo de internação (ROGOWSKI, 1999) e da forma como a rede social e o apoio social recebido pela família do recém-nascido prematuro exerceriam impacto sobre a duração da internação e re-hospitalizações. Assim, a educação para alta hospitalar dirigida aos pais do bebê prematuro (BROOTEN *et al.*, 1989; COSTELLO; CHAPMAN, 1998) foi construída a partir da criação de instrumentos pedagógicos presentes nas intervenções realizadas durante o período da internação hospitalar. Encontramos modelos pedagógicos estadunidenses característicos do processo de difusão da implementação do modelo biomédico de protocolos baseados em evidências clínicas (BAKER; KULMANN; MAGLIARO, 1989; BROWN, 1986). No Brasil, um planejamento de educação na rede de assistência pública para alta hospitalar do recém-nascido prematuro estaria regido pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, desta forma, teria que possuir, dentre outras orientações, a especificidade de se orientar pela noção de território levando em conta a realidade dos sistemas locais de saúde. Por outro lado, a situação da superlotação dos hospitais públicos de nível terciário em nosso país produz questionamentos sobre o momento da alta hospitalar. A alta precoce (MARRA *et al.*, 1989) certamente favorece a situação de um maior aproveitamento do leito hospitalar porém, para ser eficaz, precisa estar aliada a uma orientação eficiente quanto à continuidade do tratamento, ou seja, do seguimento e continuidade da assistência. Madeira (1994) aponta para a situação de miséria e/ou pobreza absoluta quando

considera que o retorno ao domicílio pode representar a volta às condições mais hostis de vida. Segundo a autora, na literatura nacional, a década de 80 e os primeiros anos da década de 90 apresentam abundância de publicações quanto às mudanças de critério a respeito da alta clínica de bebês prematuros e uma escassez de publicações a respeito da realidade e das necessidades de famílias brasileiras quando em situação de participação na continuidade da assistência em domicílio (BELLI, 1992). Existiria uma ausência de planejamento integrado a um plano de ação baseado no reconhecimento da alta hospitalar como situação de risco quando não se leva em conta a realidade social da população dependente da rede pública de assistência. Neste contexto, a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 1992) e trabalhos pioneiros como os de Fonseca *et al.* (2004), cartilha para alta do recém-nascido prematuro, podem se constituir, quando implementados na rede de assistência de forma homogênea, como uma abordagem alternativa ao modelo biomédico de planejamento para alta baseado em guias e protocolos clínicos.

Os problemas médicos que se originam nas primeiras semanas de vida podem requerer cuidados por meses ou anos, bem como outras condições que se manifestam mais tarde, na infância (MAGALHÃES *et al.*, 1998), adolescência ou idade adulta que necessitam de uma atitude de constante monitoramento. Desta forma, a capacidade dos serviços extra-hospitares de receber tal clientela encontra-se diretamente ligada ao enfoque de situações de risco características da absorção do egresso de UTI neonatal pela rede primária de assistência.

A qualidade de interação entre mãe, bebê e família em ambiente doméstico depende do conhecimento da perspectiva da família do bebê internado (MADEIRA *et al.*, 1994) através da relação estabelecida com a rede de produção de cuidados. Depende então, de como este se encontra organizado no cenário da assistência oferecida pelo SUS de forma a absorver os egressos das UTI, situação que nos aproxima da tensão característica entre os dois princípios fundamentais da organização dos serviços de saúde (MACHADO *et al.*, 2007; MAGALHÃES *et al.*, 1998): a regionalização e a hierarquização, em sua relação com

ações e procedimentos relativos à atenção básica e as ações de média e alta complexidade.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no hospital materno-infantil do Instituto Fernandes Figueira, na cidade do Rio de Janeiro, que é uma instituição hospitalar de referência na rede pública da assistência à gravidez de risco e ao parto prematuro. Também possui em sua estrutura de funcionamento um polo de formação para profissionais de saúde em nível de residência e pós-graduação (*stricto e lato sensu*) articulando assistência, ensino e pesquisa. O hospital conta com uma UTI neonatal ligada diretamente ao Departamento de Neonatologia. O período de tempo relativo à pesquisa de campo, interpretação, análise e confecção da pesquisa foi o de dois anos (2004-2005).

Foi utilizado o método qualitativo de pesquisa em saúde, através da técnica de histórias de vida, focalizando a partir de determinada unidade temporal, o período relativo ao projeto da maternidade após parto prematuro. Realizou-se uma abordagem desta técnica que é tópica, mas que permitiu contemplar o passado, interpretar o presente e realizar projeções no futuro. Para a construção das histórias de vida, trabalhou-se com o material colhido em prontuários médicos das mães e dos bebês, entrevistas abertas e não diretivas e com a observação participante. As situações de observação participante se deram no interior do hospital (UTI, enfermaria, ambulatório) e em ambiente doméstico após a alta hospitalar.

O grupo de mães selecionadas para a pesquisa foi composto de puérperas em acompanhamento da internação de seus filhos realizado através do alojamento conjunto por 24 horas (período integral) ou por 12 horas (período parcial). Os critérios de seleção foram: acompanhamento no interior da UTI por um período superior a 30 dias; origem social nas classes trabalhadoras com dependência exclusiva de assistência à saúde oferecida pela rede pública; localização da residência fora da região metropolitana do

Rio de Janeiro. A primeira etapa do trabalho de campo foi realizada durante o período do acompanhamento materno da hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal do Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ. A observação e escuta permitiram compreender como as mães vivenciaram, no hospital, a experiência da internação a partir de seu estado de humor e de como apreenderam o papel de coadjuvante na assistência durante o período da internação. A segunda etapa do trabalho de campo foi realizada após a alta hospitalar, durante os seis primeiros meses de ingresso da dupla mãe-bebê em ambiente doméstico e possibilitou acompanhar os encontros e desencontros entre as propostas de humanização da assistência e as características da interação da dupla mãe-bebê em ambiente doméstico, bem como observar as características do humor materno no exercício da função parental sem intermediação da equipe técnica ligada à instituição hospitalar.

Este artigo foi produzido a partir de uma das quatro histórias de vida, na qual pode-se observar a existência de uma distância compreensiva entre as prescrições do hospital e as situações concretas vividas pelas mães e seus bebês em ambiente doméstico. Sua importância está ligada à construção de determinada forma de protagonismo social que possui uma interface com a problemática do ingresso na rede de assistência básica a saúde, atenção primária, após a alta hospitalar de recém-nascido prematuro. A rede de assistência básica com a qual esta dupla mãe-bebê foi remetida se caracterizou por ser a de um município que possui 29 unidades de saúde; um posto de atendimento 24 horas, seis centros de saúde, três unidades básicas, duas clínicas com ambulatórios de especialidades, cinco policlínicas, cinco postos de saúde com equipes estruturadas no Programa de Saúde da Família, duas unidades de vigilância epidemiológica, uma unidade de pronto atendimento (UPP) e quatro clínicas particulares que oferecem tratamentos especializados em odontologia, fisioterapia e ginecologia. Esta história de vida foi construída através da análise e interpretação do material colhido sobre uma mulher solteira de 27 anos, primípara, desempregada, que vivia como agregada a sua família de origem.

Por ser resultado de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo cumpriu os princípio éticos contidos na Declaração de *Helsinki* da *World Medical Association.*

3 RESULTADOS

Na primeira etapa do trabalho de campo, próximo à segunda alta hospitalar de sua filha, ao participar de uma reunião de grupo coordenada pelo Serviço Social, a mãe relatou:

> Quando saí daqui pela primeira vez, fui para a casa com dores, as mesmas que estou sentindo agora. Quando eu cheguei lá, no primeiro dia, precisei ir ao médico. Aí, fui para o posto 24 h. No momento em que eu estava sendo atendida, ela teve a parada cardíaca. Então, minha mãe que estava com ela no colo correu para a pediatra que estava de plantão; a médica colocou o aparelho nela e disse: O coração desta menina está parado, não adianta fazer mais nada. Minha mãe que estava com ela no colo correu para os outros médicos. Um era o clínico geral, que estava me atendendo, o outro não sei o quê e então falaram que a médica que a atendeu, que ela era pediatra. Minha mãe correu para eles e falou: Você é pediatra, não vai atender? Já vai condenar assim essa menina! Então foi assim que eu voltei com ela para cá, para o hospital de novo.

A situação à qual a mãe se referiu foi o primeiro dia da alta de sua filha e caracterizava o ingresso de ambas na rede de assistência a saúde pública existente em seu município e à situação de reinternação. Em seu prontuário constava que após o parto cesário, a recém-nascida com idade gestacional de 34 semanas e peso de 2.130 g foi encaminhada imediatamente para a UTI por desconforto respiratório e suspeição de sépsis neonatal. A primeira internação foi de nove dias. No relato da reinternação temos: recém-nascida com 13 dias e história de três episódios de cianose com perda de consciência, sendo o último há dois dias com diagnóstico de morte aparente tendo inclusive recebido massagem cardiorrespiratória. Apesar do ocorrido no posto de saúde,

o diagnóstico de morte aparente do bebê, mãe e filha permaneceram em casa por mais 48 horas e a reinternação ocorreu somente através do primeiro atendimento ambulatorial previamente agendado para o acompanhamento em *follow-up* após a primeira alta hospitalar. Na segunda internação, por mais nove dias, ocorreram dois grandes episódios de refluxo gastroesofágico e não mais apneia ou cianose.

Os reencontros no interior da UTI confirmaram uma forma muito particular de acesso aos serviços especializados:

> Lá onde eu moro não deu para fazer um pré-natal legal, então, eu tinha um amigo que trabalha no hospital X (hospital maternidade de referência da região metropolitana), foi ele quem arrumou uma vaga para mim. Fiquei internada desde o sexto mês. Foi assim que vim para cá, se não fosse esse meu amigo, eu não ia conseguir... Depois do que aconteceu aquele dia lá no posto de saúde, eu fiquei pensando em procurar algum vereador, alguém que possa ajudar, fico pensando como é que vou voltar com ela assim e ainda mais sentindo ainda essas dores. Tá todo mundo com medo de cuidar dela e eu já sei o que tenho, é vesícula, minha mãe teve e minha irmã também, eu sei que vou ter de operar e aí quem vai ficar com ela? O pai tem aquele problema de ser casado e também não aconteceu o que ele falou, ele não se separou da mulher, então, eu vou procurar meus direitos para poder cuidar dela porque ele não veio nem me visitar, diz que não gosta de hospital, com ele eu sei que não posso contar.

Em uma visita domiciliar após sua cirurgia de vesícula observou-se:

> Eles não queriam me operar, falaram que não ia ser bom para ela, eu bati o pé, lutei para eles me operarem viu. (Fazia dois meses da intervenção). Mas o estranho é que ainda tô sentido as dores...

Em outro momento, a situação da reinternação retorna sendo interpretada pela mãe como um erro de diagnóstico por não ter

sido relacionada à determinada doença cardíaca congênita presente na família:

> Minha mãe sempre teve problemas do coração e sempre fui eu que a acompanhei nas consultas, desde pequena, só parei quando estava grávida e naquela época em que a gente estava brigada. Vamos para São Paulo, o hospital lá é muito bom. E aí, eu levei ela porque esse problema da minha mãe, ele pode passar assim para os filhos ou para os netos, eu não tenho, nem meus irmãos têm, mas a minha sobrinha, filha da minha irmã tem um sopro no coração. O médico falou que não é grave, e que com o tempo vai fechar, mas quando eu fui agora em São Paulo, os médicos que já me conhecem, e conhecem a minha mãe de muitos anos, fizeram uns exames nela e acharam que o coração dela está grande, está grande assim para a idade dela e pediram um ecocardiograma. Eu acho que aquele problema lá no posto de saúde foi por causa disso que aqui eles não viram. Você sabe que eu fui saber através de uma outra mãe, assim no corredor, que no hospital tem ecocardiograma. Então, quando eu voltar com ela na médica (*follow-up*) vou pedir (com expressão de raiva), por que eles não pediram antes? Vou pedir e levar lá para São Paulo para eles verem.

4 DISCUSSÃO

A compreensão sobre o humor materno após parto prematuro em sua relação com as situações de alta, reinternação hospitalar e o acesso aos serviços de assistência no cenário do SUS pôde ser construída através do conhecimento sobre as formas de ingresso desta mãe no sistema de saúde. As reações emocionais perpassavam a necessidade desta mãe em criar, permitir, aceitar e regular as relações com a rede de assistência desde sua internação enquanto gestante até o momento em que expressa o desejo de pedir o exame ecocardiográfico de sua filha. Tais formas de acesso nos confirmam que a rede básica de serviços não se apresenta como a porta de

entrada principal do usuário no sistema e que os hospitais públicos são, através de seus serviços de urgência/emergência e ambulatórios, a única alternativa de acesso aos serviços especializados.

Em seu aspecto doutrinário, expressão dos ideais contidos na reforma sanitária brasileira, o SUS possui, nos eixos da integralidade, equidade e universalidade, a estrutura dos modos de organização e gestão de seus serviços. O ideal de justiça social conquistado e legitimado a partir da Constituição de 1988, que orientou o processo racionalizador do acesso pela população aos serviços de saúde, nos apresentou a figura da pirâmide como modelo tecnoassistencial. O modelo piramidal (CECÍLIO, 1998) apresenta níveis de assistência diferenciados através de graus de complexidade tecnológica que são acessíveis à população através de fluxos descentes e ascendentes iniciados a partir da entrada no sistema de saúde através da atenção primária. A entrada no sistema de saúde, a partir da atenção primária, representaria a democratização do acesso, orientada por uma perspectiva de planejamento ligada à expansão da cobertura a partir do trabalho realizado com uma população adscrita. Este modelo permitiria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com a necessidade dos usuários. As unidades básicas de saúde, pela proximidade entre o serviço e a casa do usuário, seriam facilitadoras do acesso bem como assegurariam a formação do vínculo entre a equipe e população adscrita.

Como corresponsável pela continuidade da assistência às necessidades especiais de sua filha, esta mãe apresentou reações emocionais que produziram determinada forma de protagonismo social. Tais reações emocionais se caracterizam pela experiência de afeto depressivo que ativaram a demanda por assistência a partir do funcionamento do grupo familiar. Este protagonismo possuiu então uma interface com sua posição de usuária do sistema de saúde e ao mesmo tempo como mãe solteira agregada à família de origem, pois expressou uma perpetuação dos pressupostos relacionais de seu grupo familiar. Ou seja, foram os pressupostos relacionais ligados ao seu grupo familiar, o das mulheres chefes de família que, acionados por esta mãe, fizeram funcionar determinada forma de ingresso

na assistência que, em tese, deveria pautar-se por critérios abstratos, universais, e centrados na ideia de usuário cidadão. Desta forma, tal situação quando confrontada com a proposta de que o SUS "pede ajuda" (CÔRTES, 2002) ao cidadão para funcionar melhor e ser reconhecido como uma política pública que não é exclusiva do governo, mas também dos usuários, demonstra a necessidade de reflexões sobre a função do controle social e da gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no país (MASCARENHAS; SILVA, 2004).

Tradicionalmente, o SUS prevê a participação e o controle social exercidos pela população na organização da assistência através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde porém, o campo de conhecimento produzido pela Saúde Coletiva nos aponta para uma terceira forma de participação. A Saúde Coletiva aborda a questão do protagonismo dos atores envolvidos no ato da assistência como forma de participação e controle social. O protagonismo do usuário seria uma ação local que, na situação aqui apresentada, encontrou-se ligado ao estilo deste grupo familiar de acessar o sistema de saúde que por sua vez, demonstrou uma forma de assistência à prematuridade que foi fragmentada através dos atendimentos em situações de urgência contribuindo para uma forma particular de percepção materna das necessidades da bebê.

A percepção materna (KLOPPER, 1971) das necessidades do bebê pôde ser compreendida como estando além do cuidado com suas necessidades fisiológicas, estando envolvida também pela forma como seu grupo familiar conviveu com a experiência da prematuridade. Assim, ao lado dos códigos familiares que permitiram a confirmação dos pressupostos relacionais e asseguraram o reingresso do bebê na assistência havia outros que interditaram ao grupo familiar compartilhar com a mãe os cuidados com o bebê. As experiências com a situação da prematuridade não possuíram uma tradução, através de códigos sociais e culturais, que pudesse remeter a ansiedade deste grupo familiar, ligados ao risco de vida do bebê, a outros grupos sociais (SAFRA, 1998). Poderíamos conjecturar que uma possível interlocução, com um serviço de assistência

com o qual existisse um vínculo, possibilitaria esta mãe se posicionar diante da experiência de corresponsabilidade com as necessidades especiais de sua filha, não possuindo somente a cultura de seu grupo familiar para interpretar suas experiências com a gravidez de risco, alta hospitalar e reinternação. Assim, podemos observar que as interpretações sobre as dores abdominais como uma doença de família, que resultaram em cirurgia de vesícula como a realizada em sua mãe e irmã e os episódios de apneia da filha durante a internação na UTI que foram investigados à luz de uma suposta deficiência cardíaca congênita herdada da avó, expressaram tal ausência de interlocução.

Tais construções retrospectivas dificultaram sua autonomia emocional em relação às percepções das necessidades da bebê que ficaram então inseridas em um contexto relacional específico.

Na compreensão deste contexto relacional específico, podemos no aproximar de Lévi-Strauss em sua introdução à obra de Marcel Mauss (1974), Sociologia e Antropologia, nos demonstra sobre a relação de complementaridade entre o psicológico e o social a partir das relações entre o grupo e o indivíduo. A relação entre a cultura de grupo e o psiquismo individual é apresentada a partir de uma posição na qual a formulação psicológica é uma tradução no plano do psiquismo individual de uma estrutura propriamente sociológica. Psicologia e Etnologia juntas permitiriam um aprofundamento sobre os usos que o homem faz de seu corpo a partir das técnicas e representações dependentes da cultura enquanto um conjunto de sistemas simbólicos (linguagem, regras matrimoniais, relações econômicas, arte, ciência, religião) que exprimiriam aspectos da realidade física e da realidade social, bem como a relação entre essas realidades e os sistemas simbólicos. Desta forma, a partir das ações de protagonismo ligadas ao cuidado de si e ao cuidado com o outro, nos defrontamos com as interpretações do grupo familiar e particularmente desta mãe, sobre suas condições de saúde e as do bebê que construíram as formas de acesso em relação ao sistema de saúde.

Segundo Duarte (1986), nas classes populares do Brasil existiria uma diferença entre a construção de pessoa e de indivíduo A definição

de pessoa seria eminentemente relacional e socialmente determinada e a de indivíduo seria construída por ideais que aspiram à liberdade, igualdade, autonomia e singularidade. O formato de família entre as classes não populares seria ligado à concepção de indivíduo sendo diferente daquele encontrado nas classes populares que apresenta uma fraca subordinação à ideologia individualista possuindo uma visão relacional e hierárquica que é a de pessoa. Nas classes populares não existiria o reconhecimento da diferença complementar entre seus membros, característica da produção de indivíduos, existindo o compromisso com a hierarquia e reprodução de pessoas relacionais destinadas a integrar outras e idênticas unidades. A unidade de identidade mínima seria a do grupo doméstico familiar e não a do sujeito social isolado encontrado na categoria de indivíduo. Desta forma, as interpretações de suas dores abdominais e dos episódios de apneia da filha foram construções retrospectivas substancializas pela autoridade da experiência relativa aos processos de saúde e de doença transmitidos pela história e cultura de seu grupo familiar (TONKIN, 1993).

A condição desta mãe como agregada ao grupo familiar de origem refere-se à gravidez fruto de uma relação não legalizada e que também não poderia ser reconhecida como a de uma união consensual, pois o parceiro em questão tinha outra família, se aproximando ao que Barroso (1978) descreve como sendo a de mulheres solteiras que, sem uma atividade econômica que lhes garanta a subsistência, agregam-se às suas famílias de origem. A família de origem se constituía como um grupo familiar chefiado por uma mulher, no caso, a avó materna do recém-nascido, nos aproximando da situação sociocultural de mulheres chefes de família. Tal configuração possui uma característica proeminente que é a de se constituir pelas camadas mais pobres da população em todos os países onde são observadas e será desvantajosa quando comparada aos grupos em que os homens são os chefes de família pela alta probabilidade do desemprego e atividade informal. Possui problemas específicos que ainda não foram devidamente estudados, ligados, principalmente à pobreza, engendradas por condições de marginalidade econômica e por ser um fenômeno predominantemente urbano.

5 CONCLUSÃO

Nesta história de vida, o humor materno foi investigado a partir das reações emocionais face a alta hospitalar e reinternação de bebê nascido prematuro em sua relação com o acesso aos serviços de assistência no cenário do SUS. Observou-e a existência de uma distância compreensiva entre as prescrições do hospital e as situações concretas vividas em ambiente doméstico. A fragmentação da assistência recebida após a alta hospitalar nos aponta para a incapacidade do sistema de saúde em absorver as necessidades especiais da população dos egressos produzindo no grupo familiar as articulações características de acesso ao modelo tecnoassistencial.

Desta forma constituído, o acesso contribuiu para situações de ausência do suporte emocional necessário à identificação materna com as necessidades de saúde da bebê na medida em que o vínculo, a responsabilização e o cuidado característicos de um atendimento integral inexistiram como uma provisão ambiental ligada as instituições de assistência ficando restrito à cultura do grupo familiar. Evidenciou-se que a relação entre a assistência de média e alta complexidade em saúde (CONASS, 2007) com a atenção primária necessita ser integrada de forma que em seu planejamento as situações de reinternação de população com necessidades especiais possam ser evitadas. Assim, se propõe uma reflexão que crie alternativas de comunicação entre as ações de média e alta complexidade e a atenção primária em relação à situação de alta hospitalar que, em suas ações assegurem a atenção integral à população de recém-nascidos prematuros.

REFERÊNCIAS

BAKER, K.; KUHLMANN, T.; MAGLIARO, B.L. Homeward bound. Discharge teaching for parent of newborns with special needs. *The Nursing clinics of North America,* v. 24, n. 3, p. 655-64, 1989.

BARROSO, C. Sozinhas ou mal acompanhadas: a situação das mulheres chefes de família. *Anais do 1º Encontro Nacional da População.* ABEP. Campos do Jordão, 1978.

BELLI, M.A.J. Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal: experiências, expectativas e sugestões manifestadas por mães e enfermeiros. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm. Acesso em 21 mai. 1992.

BROOTEN, D.; GENARO, S.; BROWN, L.P.; BUTTS, P.; GIBBONS, A.L.; BAKEWELL-SACHS, S. *et al.* Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants. *Nursering Research,* v. 37, n. 4, p. 112-18, 1998.

BROOTEN, D.; GENNARO, S.; KNAPP, H.; BROWN, L.; YORK, R. Clinical specialist pre- and postdischarge teaching of parents of very low birth weight infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 18, n. 4, p. 316-322, 1989.

BROWN, Y. Learning projects of mothers of preterm and low birth weight infants. *Nursing Papers: Perspect en Nursing*, n. 3, p. 5-16. 1986.

CAPLAN, G. Patterns of parental response to the crisis of premature birth: a preliminary approach to modifying the mental-health outcome. *Psychiatry*, v. 23, p. 365-374, 1960.

CAPLAN, G.; MASON, E.A.; KAPLAN, D.M. Four studies of crisis in parents of prematures. 1965. *Community Mental Health Journal,* v. 36, n. 1, p. 25-45, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a se explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHENIAUX, J. E. Transtornos psiquiátricos associados ao puepério. *Informação Psiquiátrica*; v. 17, n. 2, p. 63-66, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

CÔRTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, n. 7, p. 18-49, 2002.

COSTELLO, A.; CHAPMAN, J. Mother's perceptions of the care-by-parent program prior to hospital discharge of their preterm infants. *Neonatal Network,* n. 17, n. 37-42, 1998.

CRAMER, B.; PALACIO ESPASA, F. *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DAVIS, D.W.; LONGSON, M.C.; BIRKMER J.C. Types of support expected and received by mothers after their infants' discharge from the NICU. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, v. 19, n. 4, p. 263-273, 1996.

DUARTE, L.F.D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

FONSECA, L.M.M.I.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M.M.; LEITE, A.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.

HOSTLER, S. Family centered care. *Pediatrics Clinics of North America*, v. 38, n. 6, p. 1545-1561, 1991.

KAPLAN, D.M.; MASON, E.A. Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry,* n. 30, p. 539-552, 1960.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. *Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development.* Saint Louis: Mosby, 1976.

KLOPPER, P.H. Mothers love: what turns it on? *American Scientist*, v. 59, n. 16, p. 407-409, 1971.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, F.C.V.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MADEIRA, L.M. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 4, n. 2, p. 5-11, 1994.

MAGALHÃES, L.C.; BARBOSA, V. M.; PAIXÃO, E. M.; GONTIJO, A.P.B. Acompanhamento ambulatorial do desenvolvimento de recém-nascidos de alto risco: características da população e incidência de sequelas funcionais. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 16, n. 4, p. 191-196, 1998.

MARRA, C.C., CARMAGNANI, M.I.S.; AFONSO, C.; SALVADOR, M.E. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 2, n. 4, p. 123-127, 1989.

MASCARENHAS, M.T.M.; SILVA, J.A.G. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodo-

lógicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (editores). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 241-257.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universidade, 1974. p. 39-59.

NEGRI, R. *The newborn in the intensive care: a neuropsychoanalytic prevention model*. London: Karnac Books, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The incidence of low birth weight: a critical review of available information. *World Health Statistics Quarterly*, v. 33, n. 3, p. 197-224, 1980.

RADDSIH, M.; MERRITT, T.A. Early discharge of premature infants: a critical analysis. *Clinics in Perinatology*, v. 2, n. 25, p. 499-520, 1998.

ROGOWSKI, J.A. Measuring the cost of neonatal and perinatal care. *Pediatrics*, v. 103, n. 1, Suppl E, p. 329-335, 1999.

SAFRA, G. A transmissão do self no grupo familiar. *Interações: Estudos e Pesquisa em Psicologia*, v. 3, n. 6, p. 17-29, 1998.

SCOCHI, C.G.S.; KOKUDAY, M.L.P.; RIUL, M.J.S; ROSSANEZ, L.S.S.; FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

TONKIN, E. Transmiting history and making it. In: BERTAUX, D.; THOMPSON, P. (editors) *Between generations family models, myths, and memories.* London: Oxford University Press, 1993. p. 154-168.

TRAUSE, M.A.; KRAMER, I.K. The effects of premature birth on parents and their relationship. *Development Medicine and Child Neurology,* v. 25, n. 4, p. 459-465, 1983.

WINNICOTT, D. Preocupação Materna Primária. In: *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alvez Editora, 1978. p. 89-97.

Discharge and Rehospitalization of Preterm Infants: a Reflection on Access to Health Services

Abstract

Investigate the maternal emotional reactions against dischargue and rehospitalization of premature babies born from its analysis by linking them with access to services for assistance in setting the Unified Health System. The concept of primary maternal preoccupation was used to understand the state of maternal mood in the puerperium. The results show that the existence of a comprehensive distance by the hospital's requirements and practical situations experienced by mothers and their babies at home. The insertion of egress from the Intensive Care Unit Neonatology in primary care is provided through an experience away from the social role advocated by the Unified Health System.

Keywords:

Single Health; system primary health care; depression; infant; premature.

Artigo recebido em: 03/02/2011

Aprovado para publicação em: 12/09/2011